

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-99. — N° 157.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES
RÉPÉTÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mardi 11 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES PAYEN

Né le 8 Juillet 1872, à Jussey (Haute-Saône)



LYON

IMPRIMERIE VEUVE LÉON DELAROCHE

85, RUE DE LA RÉPUBLIQUE, 85

1899



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545321_0017

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-99. — N° 157.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES
RÉPÉTÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mardi 11 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES PAYEN

Né le 8 Juillet 1872, à Jussey (Haute-Saône)



LYON

IMPRIMERIE VEUVE LÉON DELAROCHE

85, RUE DE LA RÉPUBLIQUE, 85

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET Doyen.
LACASSAGNE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Accouchements.	POLLOSSON (A.)	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU,	BORDIER.
POLLOSSON (A.).	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, *Président*; M. POLLOSSON, *Assesseur*;
MM. CONDAMIN et BÉRARD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Nos études médicales terminées, notre première pensée est pour nos parents.

Nous ne pouvons malheureusement qu'invoquer la mémoire d'un père dont la ferme amitié et les conseils autorisés nous eussent été précieux dans tout le cours de nos études ; notre mère reçoit ici l'assurance de notre profond amour filial. Nous sommes heureux de lui dédier ce modeste travail et de pouvoir lui donner la satisfaction de voir un de ses désirs accompli.

Nous avons contracté une dette de reconnaissance envers M. le professeur agrégé Auguste POLLOSSON, il y a quelques années, lorsqu'il prodigua ses soins éclairés à notre mère : qu'il demeure assuré aujourd'hui que, plus encore qu'auparavant, restera profondément en nous son souvenir.

Dès que nous fûmes connu de lui, M. le professeur agrégé BÉRARD, nous reçut toujours avec la plus grande affabilité : nous ne l'oublierons pas.

Que M. le professeur agrégé CONDAMIN veuille bien accepter nos plus vifs remerciements pour l'empressement avec lequel il s'est mis à notre disposition.

M. le professeur LAROYENNE, nous fait l'honneur de présider notre thèse; nous ne saurions lui en être trop reconnaissant.

En quittant Lyon, nous laisserons, bien à regret, et des camarades et le souvenir d'amis; que beaucoup reçoivent maintenant l'assurance que nous emportons d'ici, avec l'ennui de ne demeurer plus longuement à les fréquenter, l'espoir de les retrouver et de continuer nos franches relations.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

En parcourant les nombreux ouvrages, traitant de la grossesse ectopique nous avons été frappé par ce fait, que pendant une suite très longue d'années, les récidives de cette affection n'existent pas, ou tout au moins, n'étant pas signalées, peuvent être considérées comme nulles ; non pas que les observateurs manquent, mais le fait initial, étant non interprété ou mal, il est évident que pour sa répétition, il devait en être de même.

Puis, avec le mémoire de Puech, nous entrons dans une ère nouvelle : sans aucun doute, l'auteur avoue que, pour sa part, il n'a jamais observé de semblables cas ; il nous cite simplement, par ordre de dates, les

faits venus à sa connaissance, les interprétant le moins possible, et il ajoute : « qu'il espère avec Olshausen, qu'à mesure que la science progressera, le nombre des cas signalés ira en augmentant ».

Lawson-Tait et son *Histoire des hématoécès*, ses études et ses théories sur les organes de la génération chez la femme, jettent un jour nouveau sur la question. Appelés à porter toute leur attention à vérifier certains détails nouvellement signalés, les auteurs deviennent plus précis, et nous voyons en effet qu'à partir de ce moment, les cas relatés, tout en étant plus nombreux, deviennent aussi plus scientifiquement observés.

Nous ne voulons même pas signaler ici, toutes les théories qui, soulevées par la question naissante ont été admises, puis délaissées, car la discussion n'est pas encore, à l'heure actuelle, terminée.

Quoi qu'il en soit, la transition n'est pas brusque depuis Lawson-Tait, jusqu'à nos jours, et la date exacte à laquelle le perfectionnement du diagnostic s'est affirmé, ne peut être indiquée ; ce n'est donc que dans une idée d'ordre que nous séparerons en deux périodes, le laps de temps écoulé depuis le premier jour de l'histoire des hématoécès jusqu'à nous, nous sentant excusés toutefois, par ce fait qu'entre l'aspect du début, et l'aspect actuel il existe une différence sensible, qui méritait selon nous d'être signalée.

En somme, le diagnostic des grossesses extra-utérines s'est progressivement perfectionné et, de ce fait, le nombre des cas observés et diagnostiqués devient progressivement plus fréquent. Il est bien évident que le nombre des cas de grossesses extra-utérines doubles

ou à répétition doit aussi devenir plus fréquent à mesure que les cas diagnostiqués deviennent plus nombreux.

C'est ce point que M. le professeur agrégé Auguste Pollosson nous a conseillé de mettre en lumière.

Dans une période ancienne, le diagnostic des grossesses extra-utérines nécessitait une constatation clinique ou anatomo-pathologique d'un embryon ou d'un fœtus. Dans cette période, ces grossesses sont rares et les répétitions exceptionnelles.

Plus tard, dans une période moderne, la notion de relation entre les hématoécèles et les grossesses tubaires s'établit; dès lors, même en l'absence de la constatation du fœtus, on diagnostique d'une façon relativement fréquente, les grossesses extra-utérines et les grossesses multiples sont par conséquent plus souvent observées. Puis le perfectionnement du diagnostic résulte, dans une période contemporaine, de la facilité et de l'innocence des constatations opératoires.

Dans cette phase, il n'est même pas besoin de la présence d'une hématoécèle pour affirmer une grossesse tubaire. Le diagnostic peut résulter simplement de la coïncidence de certains symptômes cliniques, avec la présence d'une tuméfaction tubaire. Le diagnostic de ces cas se trouve confirmé d'une façon évidente, par les interventions chirurgicales, abdominales ou vaginales. On constate une dilatation, même très peu volumineuse d'une trompe, et, sur la pièce enlevée, au milieu de caillots on trouve des villosités choriales, ou une formation placentaire; cela suffit pour maintenir le diagnostic.

Dès lors, les grossesses extra-utérines sont encore plus fréquemment découvertes et l'on aura plus de chances de rencontrer la répétition de cette disposition pathologique.

M. Auguste Pollosson pense que l'attention étant appelée sur la grossesse extra-utérine répétée, diagnostiquée non pas par des données anciennes, mais par les données modernes, l'on verra que leur fréquence est plus grande qu'on ne l'aurait pu croire. Ce chirurgien a pu nous citer quatre cas observés par lui dans ces deux dernières années. Trois de ces cas ne sont pas absolument démonstratifs, le quatrième, au contraire, est plus probant, et nous le rapportons dans notre travail.

Quant aux trois premiers, ils consistent, pour deux d'entre eux, dans la constatation d'une hématocele avec trompe contenant, nettement, une formation placentaire, affections observées chez des femmes qui avaient présenté antérieurement l'histoire clinique d'une hématocele. Le troisième cas est l'observation d'une femme ayant eu une grossesse extra-utérine à terme : elle présenta, en juin 1897, l'histoire clinique d'une grossesse tubaire droite, diagnostiquée par un chirurgien comme grossesse extra-utérine ; cette même malade, cliniquement guérie, eut, en décembre 1897, de nouveaux symptômes de grossesse extra-utérine du même côté, et fut opérée, cinq mois après, en mai 1898, par M. Auguste Pollosson, d'une grossesse extra-utérine siégeant à droite, avec fœtus vivant, du volume d'un produit fœtal de cinq mois.

Dans ces cas, le diagnostic de la première grossesse

extra-utérine n'a qu'un caractère de probabilité, mais n'arrive pas à la certitude.

Dans le quatrième cas, rapporté dans notre thèse, la constatation des deux trompes contenant des masses placentaires, rend le diagnostic indiscutable.

Nous pensons avec M. le professeur agrégé Auguste Pollosson, que l'attention des chirurgiens, appelée ainsi sur ces répétitions, démontrera leur fréquence.

CHAPITRE II

« Les observations publiées de grossesse extra-utérine récidivée sont très clairsemées : ces grossesses sont susceptibles de répétitions, cela est évident, mais en raison de la rareté plus grande du phénomène et de la grande mortalité qu'il entraîne (au moins 60 0/0), les exemples en sont rares. Je n'en ai observé aucun cas ; aussi, pour compléter mes recherches antérieures sur la répétition des grossesses extra-utérines, j'ai dû puiser les éléments de cet article dans les annales de la littérature médicale. »

C'est ainsi que s'exprime PUECH, *Gazette obst.*, 1879.

A s'en référer à ses recherches, ALBUCASIS serait le premier qui en aurait recueilli un exemple (XIII^e siècle).

Il parle d'une femme qui croyait avoir fait une fausse couche et devint à nouveau enceinte ; comme auparavant, pas de résultat de conception, mais quelques mois après le terme, il se forma au nombril une tumeur qui ayant abcédé, chassa du pus et des os. Bien que surpris, le médecin arabe arriva à conclure que c'étaient là les os du fœtus qui avait été retenu dans la matrice.

Sans doute, cette terminaison a été quelquefois observée à la suite d'une grossesse utérine enkystée, mais dans cette hypothèse, la présence du premier fœtus eût été un obstacle à la conception du second.

La deuxième observation, d'E. MANIALD, est intéressante comme présentant le premier cas, sauf erreur, dans lequel la gastrotomie ait été appliquée :

Une femme de trente ans, ayant eu sept couches, devint grosse en mars 1591 : à terme, faux travail et mort du fœtus. Les règles se rétablissent peu après et la femme devient enceinte en mai 1594. Au huitième mois de cette neuvième grossesse, malaises, mais toujours pas d'accouchement. Sur le point de mourir, la malade est sauvée par la formation d'une tumeur abdominale qui s'abcède en juin 1595 ; le 2 août au milieu du pus, sortent des os, et Jacques NOIER, un habile accoucheur, heureusement appelé, non content de porter un diagnostic exact, élargit l'ouverture par une incision et retire le fœtus tout entier.

Restait la tumeur gauche renfermant le produit de la dernière conception. Le 16 août, Noier révoit la malade, et le 20, en présence de médecins et de chirurgiens de Bordeaux, il pratique la gastrotomie. Le

foetus est retiré membre à membre, et, contre toute espérance, l'opérée est rendue à sa santé première.

En résumé, première grossesse abdominale à droite, puis trois ans plus tard, deuxième grossesse à gauche.

Gabriel KING, médecin à Armagh (Irlande), a vu chez la même femme deux grossesses extra-utérines se succéder à trois ans d'intervalle. Le premier foetus fut tiré par une ouverture faite au bas-ventre, le deuxième fut expulsé par la voie des selles.

VARNIER et MANGIN dans le *Journal de Médecine* de 1785 relatent le cas suivant : Après douze accouchements une femme de 42 ans eut, pendant sa treizième gestation, des douleurs à terme, mais n'accoucha point. Elle se rétablit, mais conserva un gros ventre. Dix-huit mois après elle eut, avec les maux de l'enfantement, une perte qui dura plusieurs jours. A sa mort, survenue à 75 ans, on trouva dans la cavité péritonéale, deux tumeurs renfermant : la première, un enfant mâle à terme avec cordon et placenta, le tout en partie ossifié; la deuxième plus petite à gauche de l'utérus, un foetus jugé d'environ deux mois.

A moins de mettre en suspicion la valeur scientifique de cette observation on est forcé d'admettre que si les deux grossesses avaient été simultanées dans leur production, l'un et l'autre kyste foetal seraient parvenus à un degré de développement identique. L'absence de cette particularité autorise à voir, dans ce fait, un nouvel exemple de grossesse extra-utérine répétée où la seconde a été séparée de la première par un intervalle de dix-huit mois.

D'après GALIAY (*Journal des connaissances médi-*

cales et chirurgicales, 1837) une jeune femme peu de temps après son mariage se crut enceinte. Au terme présumé, douleurs sans résultat; puis le calme revenu, le ventre resta gros. Au bout de quelques mois des accidents péritoniques se déclarent et à quelque temps de là, au milieu de douleurs atroces, extraction d'un os par l'orifice anal; petit à petit, le fœtus en son entier est éliminé (1829).

En 1834, cessation des menstrues, une forte métrorragie se déclare, le ventre augmente de volume, des mouvements fœtaux sont perçus, puis ils cessent et peu après, des fragments de fœtus sont rendus par l'anus. La femme revint à la santé.

HAYDON (*Transact. obst. Soc.* Londres, 1863), à l'autopsie d'une femme morte en vingt-quatre heures d'une grossesse tubaire rompue trouve tous les organes sains à l'exception de l'utérus et des annexes. Dans ceux-ci on découvre un fœtus de trois mois et la plus grande partie du placenta. A côté de la déchirure, pend une masse arrondie du volume d'une grosse noix, contenant un embryon très serré dans l'enveloppe membraneuse.

MOREAU (*Des Grossesses extra-utérines*, Paris, 1853, d'après Oulmont) : A l'autopsie d'une femme de 31 ans, sans accouchements ou fausses couches préalables, l'auteur montre que la mort était due à la rupture d'un kyste placé dans le pavillon droit de la trompe et contenant un fœtus de trois mois. Sur le pavillon de la trompe opposée, on trouva une tumeur plus petite que la précédente, renfermant un fœtus anencéphale qui, d'après un examen soigné de M. OULMONT, devait être

le résultat d'une conception advenue quelques années auparavant.

Selon F. BROWN (*St-Louis Med. A. Surg. Journ.*, may 1865) une femme, après plusieurs avortements, conduisit une grossesse à terme. Le fœtus était extra-utérin. Deux ans après, elle conçut de nouveau, mais à la fin du sixième mois, faux travail, à la suite duquel le kyste fœtal s'ouvrit à travers la paroi abdominale.

Pour PUECH, ce sont là les seuls cas connus : selon lui la proportion des grossesses récidivées extra-utérines, serait de $1/22$, à peu près la même que celle qui lui a été fournie par l'étude des grossesses gémellaires : $1/24$.

Il termine en disant : « Une femme ayant eu une grossesse extra-utérine est susceptible d'en avoir une seconde, d'où la nécessité s'impose pour le médecin soigneux de sa réputation, de prévenir les personnes intéressées de la possibilité de cet événement ».

WINCKEL relate un cas dans lequel la seconde grossesse extra-utérine s'est terminée par une suppuration du sac, qui entraîna la mort de la femme.

SIEGENBECK VON HEUKELAM s'est trouvé en présence d'un cas de grossesse tubaire double dont voici le résumé :

Autopsie :

L'auteur croit à la possibilité d'une grossesse datant de trois ou quatre mois ; l'œuf s'est inséré et développé dans la *trompe gauche*. Six à huit semaines avant la mort de la femme, le sac s'est rompu, a donné lieu à une hémorragie minime et bientôt enkystée derrière la déchirure située vers le ligament large.

Lorsque l'hémorragie fut arrêtée, bientôt après, il s'inséra un œuf fécondé dans la *trompe droite*; son développement arrêta l'involution de l'utérus et l'excita à s'accroître tellement que le résultat final devait être l'apparence d'un utérus de trois à quatre mois, et un fœtus de six semaines.

Et enfin, BROSE (*Soc. obstét. de Berlin*, 1879), donne une observation remarquable dans laquelle l'intervention a montré une *grossesse tubaire dans la trompe gauche* et un *hémato-salpinx dans la trompe droite*; dans ce dernier, on a trouvé des vestiges du développement placentaire.

Comme on le voit par l'énumération, assez conséquente d'ailleurs, des cas que nous venons de citer, nous avons passé en revue, une première période, que l'on pourrait nommer la période presque uniquement observatrice de l'histoire des grossesses extra-utérines récidivées; c'est pièces en mains et sous les yeux, qu'on les apprécie et c'est ainsi qu'on nous les livre.

Nous ne trouvons pas de symptomatologie, car la grossesse ectopique est elle-même peu connue; c'est pour ainsi dire par de véritables trouvailles qu'est formé ce premier stade.

CHAPITRE III

A la vérité, la transition n'est brusque, ni entre la première période et la deuxième, ni entre cette dernière inaugurée par Lawson-Tait et la troisième qui poursuit son évolution, encore de nos jours ; aussi comprendrons-nous dans ce chapitre tous les cas qui sont venus à notre connaissance, sans vouloir essayer de les différencier nettement les uns des autres.

Avec M. le professeur PONCET nous dirons : « Le côté théorique sur lequel on ne s'entendait guère au début est encore environné de beaucoup d'obscurité : il semble cependant lorsque l'on parcourt les observations avec autopsies, de ces dernières années, que la question ait fait sur ce terrain un pas en avant : héma-

tocèle et grossesse extra-utérine seraient dans nombre de cas, synonymes ».

P. REYNIER est plus affirmatif : « Dans tous les cas où j'ai fait faire l'examen histologique, dit-il, j'ai trouvé comme cause de l'hématocèle, un trouble de fécondation, ce qui justifie ce que j'ai énoncé plus haut sur la fréquence de la grossesse extra-utérine, comme cause d'hématocèle ».

En effet, les cas dans lesquels on a trouvé les produits de conception, au milieu de la collection hématisque, ne sont plus des raretés pathologiques. Et nous dirons avec M. le professeur agrégé CONDAMIN et son maître M. le professeur LAROYENNE qu'il est admis d'une façon générale actuellement, que neuf fois sur dix, « les hématocèles pelviennes » ne sont pas autre chose que des grossesses extra-utérines interrompues par la rupture du kyste tubaire.

C'est un point qui a été bien mis en relief par les interventions précoces pratiquées par voie abdominale et aussi par l'examen des trompes enlevées.

PILLET, de Paris, a insisté sur ce fait, c'est que dans la grande généralité des cas, le fœtus, constitué par du tissu mucilagineux sans consistance et sans résistance, était résorbé en totalité tandis que le placenta au contraire restait adhérent à la paroi tubaire et pouvait être révélé par un examen soigné sous forme de villosités choriales parfaitement reconnaissables au microscope. (CONDAMIN, *Lyon médical* 1895.)

Nous ne prétendons pas que toutes les hématocèles, relèvent de grossesse extra-utérine, mais il est incontestable que la plupart des cas ont cette origine, en

exceptant, bien entendu, les épanchements sanguins, qui viennent compliquer certains fibromes. Mais il n'est pas besoin pour arriver au diagnostic de grossesse extra-utérine au début, que la complication d'une rupture tubaire et d'une hématocele soit survenue ; même en dehors du syndrome hématocele on peut arriver à diagnostiquer certaines grossesses extra-utérines au début et la constatation interventionnelle vient confirmer le diagnostic.

Les choses se présentent le plus souvent de la manière suivante : une femme qui souvent n'a pas d'histoire pathologique antérieure, présente un retard de règles, variant de huit jours à un mois ; après ce léger retard, surviennent quelques douleurs abdominales, et la femme présente un écoulement sanguin qui n'a pas le caractère des règles et qui diffère de l'écoulement menstruel, par son irrégularité, sa durée, son abondance, et souvent par la présence de quelques petits caillots.

Ce tableau clinique ne diffère en rien de celui d'un avortement au début, et c'est sur ce point qu'insiste particulièrement M. Auguste POLLOSSON.

Dans ces cas, pour faire le diagnostic entre la grossesse tubaire et un avortement précoce, il suffit de faire un examen local des organes génitaux pelviens.

S'agit-il d'un avortement précoce, on trouve l'utérus gros, le col béant, les culs-de-sac vaginaux libres.

S'agit-il au contraire d'une grossesse extra-utérine, on constate un utérus à peine augmenté de volume, et dans un des culs-de-sac latéraux, une tuméfaction tubaire, du volume d'une noix ou d'un petit œuf. On

pourrait croire à une salpingite, mais l'histoire clinique et la coïncidence des symptômes sus-mentionnés doivent faire penser à une grossesse tubaire. Dans ces cas, si l'on incise par voie vaginale, la trompe tuméfiée, on trouve dans son intérieur, du sang, des caillots, des débris placentaires, qui peuvent être parfois facilement reconnus à l'œil nu, qui d'autres fois nécessitent pour être constatés, un examen histologique. Mais alors, on ne trouve jamais de produit embryonnaire facile à constater ; l'embryon s'est sans doute détruit ou dissous, ou bien il est perdu au milieu des caillots.

Nous croyons donc être en droit, de dire qu'à l'heure actuelle, si les grossesses extra-utérines qui évoluent sont rares, les grossesses extra-utérines arrêtées dès le début sont nombreuses, et les récidives dans les mêmes conditions (hématocèles à répétition), le deviennent aussi.

OBSERVATION I

(LAWSON-TAIT, *Brit. Méd. journal*, mai 1898. Tome I, page 1001).

Sur un cas de grossesse tubaire double avec rupture du kyste :

Femme âgée de 25 ans, envoyée d'urgence d'après les symptômes abdominaux.

Réglée jusqu'avant Noël, elle pensa être enceinte, n'étant plus réglée depuis trois mois.

Réapparition des règles en avril et mai.

A ce moment violente douleur dans le bas-ventre : une grosse masse, mal limitée, à droite de l'utérus, immobilise toute la partie supérieure du bassin.

On diagnostique : rupture d'un kyste fœtal tubaire.

Laparotomie, le 11 mai 1885. Ablation de la trompe droite occupée par une grossesse de trois mois environ. Drainage, guérison.

Quinze mois après, accouchement normal.

Quinze mois après, la femme est de nouveau enceinte. Aucuns symptômes notables, sinon de légères douleurs dans l'abdomen. Toutefois, elle sentait l'enfant très nettement, bien plus, disait-elle, que dans aucune de ses grossesses antérieures. Après des efforts intempestifs, elle ressent une douleur aiguë, présente une grande faiblesse, une extrême pâleur : presque plus de pouls, quelques vomissements. La malade meurt dans la soirée.

Autopsie : cavité abdominale, remplie de caillots et de sang liquide. Hémorragie interne.

A l'examen, on constate une grossesse tubaire interstitielle du côté gauche.

La rupture s'était faite sur la partie supérieure et postérieure de la corne gauche de l'utérus.

OBSERVATION II

(KLETSCH, *American Journal of. obst.* 1888)

Femme entrée en juillet 1884 dans le service du D^r Thomas qui l'opéra d'une grossesse extra-utérine.

Le 15 octobre 1887, la malade accuse ses dernières règles le 30 août, elles ne durèrent qu'un jour, mais sans douleur. Nausées, mal de reins.

A l'examen, utérus mobile, indolore. Le 22 octobre, du côté droit, douleur continue, légère perte de sang.

Le 22 octobre, douleur brusque, très forte du côté droit, suivie de prostration générale. Le lendemain, écoulement de sang.

Le 27 octobre, on perçoit une masse distincte, attachée à l'utérus à droite. Ce dernier est augmenté de volume, le col est ramolli. L'application de courants faradiques amène de l'amélio-

ration dans l'état général : du 4 novembre au 1^{er} décembre, oscillations de température et de bien-être. Du 1^{er} décembre au 3 mars, amélioration progressive, et le dernier examen du 3 mars 1888 montre l'utérus encore légèrement augmenté, absolument déplacé vers la gauche : un cordon s'étend de la corne droite utérine au côté droit.

OBSERVATION III

(VEIT JULIUS, Berlin, mai 1889, *Soc. obst. et gynéc. de Berlin*)

Grossesse tubaire récidivante.

Présentation d'une pièce contenant un coagulum sanguin, mais l'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une grossesse tubaire.

Les raisons qui déterminent la présentation de la pièce sont qu'il s'agit d'une récidive.

En janvier 1888, l'autre trompe avait été enlevée pour la même cause.

Sur douze cas de grossesses extra-utérines, Veit a observé trois fois la récidive du côté opposé.

OBSERVATION IV

(OLSHAUSEN, *Deutsch. Medic. Wochenschrift*, N° 8, Tome I)

(*De la grossesse extra-utérine avec considérations spéciales sur son traitement dans la deuxième moitié de la grossesse.*)

Grossesse extra-utérine : rupture des enveloppes au huitième mois ; pas de collapsus. Laparotomie, trois semaines après la rupture, dix-huit jours avant terme. Extraction de l'enfant par les bras. Extirpation du placenta : on ne retrouve plus les membranes : Guérison. L'enfant est encore vivant.

Un an plus tard, deuxième laparotomie, après hémorragie grave, survenue par rupture d'une grossesse tubaire gauche.

Au deuxième mois, guérison.

OBSERVATION V

(FROMMEL, *Médec. Wochenschrift*, N° 23)

En 1883, laparotomie chez une femme chétive de 33 ans pour une grossesse tubaire intra-ligamentaire. Guérison complète.

Quatre ans après, en mai 1887, après disparition des règles, violente douleur du côté gauche. Huit semaines après, vomissements, collapsus et la malade ne se remet que difficilement. Le lendemain, expulsion d'une membrane déciduale. Le lendemain de la syncope, on trouve une tumeur rénitente, de formation récente, remplissant le bassin et refoulant l'utérus en avant et en haut.

Environ quatre semaines après : symptômes d'hémorragie interne. On constate l'augmentation de volume de la tumeur et, peu de temps après, la présence d'une hématocele rétro-utérine. Plus tard, la tumeur diminue et la femme se remet très lentement.

Dans ce cas, il s'agissait d'une grossesse extra-utérine récente, développée dans la cavité de la trompe gauche, la trompe droite ayant été détruite dans la grossesse précédente.

OBSERVATION VI

(HERMANN, *Brit. méd. journal*, 27 septembre 1890.)

Femme de 31 ans.

Opérée en janvier 1887 pour rupture de grossesse tubaire, on enleva la *trompe droite*.

Dernières règles en février 1890. Le 10 mai, léger écoulement sanguin par le vagin et admission à l'hôpital.

A l'examen ; utérus de volume énorme et mobile. A gauche et

au-dessus et se mouvant avec lui, tumeur du même volume que la matrice. Très bon état général.

Etant donnée l'histoire clinique de la malade, on diagnostique une *grossesse tubaire* et on fait l'opération.

Incision sur la cicatrice médiane : On trouve la trompe gauche rouge, ovoïde, adjacente à l'utérus et unie à lui par quelques molles adhérences. On l'enlève facilement ainsi que l'ovaire. Pas de drainage. Guérison rapide.

La trompe mesurait 2 pouces $1/2$ sur 1 pouce $1/2$ et contenait un embryon de $1/3$ de pouce ; la cavité était mamelonnée comme dans un cas d'apoplexie de l'œuf.

Les parois de $3/8$ de pouce d'épaisseur présentaient l'aspect thrombosé d'une grossesse extra-utérine, quelques temps après a mort de l'embryon.

OBSERVATION VII

BECK cite un cas qui lui est commun avec REED, opéré par Reed en 1891, pour une grossesse tubaire gauche et par lui, en 1892, pour une grossesse tubaire droite.

ROVAN, LAVAGE, MACKENRODT, MEYER (de Copenhague), ont publié des cas de même nature.

OBSERVATION VIII

(ALBAN DORAN, *Brit méd.*, 1891.)

Femme de 36 ans : deux fausses couches, une couche normale. Plusieurs crises douloureuses avec syncopes.

Laparotomie : Ablation bilatérale des annexes, drainage par le Douglas, guérison. Grossesse tubaire : à droite, non rompue, avec villosités, caillot adhérent ; à gauche, rompue, avec villosités.

OBSERVATION IX

(CH. BOISLEUX, *Ann. Soc. obst. de France*, 22 avril 1892.)

Femme qui, en janvier 1891, voit ses règles se supprimer; en février, douleurs à droite et signes de la grossesse; en mars, pertes; en avril, on l'examine, tumeur à droite; le curettage ramène des fragments de caduque; diagnostic : grossesse tubaire. Le 19 avril, douleurs, crise hémorragique, état grave.

Laparotomie : grossesse tubaire rompue à droite.

Guérison.

En mai, retour des règles; en juin, douleur à gauche; à l'examen, tumeur à gauche qui grossit rapidement, devient élastique rénitente. Le 17, laparotomie : grossesse tubaire gauche qui se rompt avec hémorragie. Impossible de lier et de pédiculiser. Tamponnement à l'ouate sublimée. Drainage du Douglas. Le 18, ablation des tampons, le 27 du drain. Le 28, la malade se lève.

OBSERVATION X

(WALTER, *Brit. méd. Journal*, 1^{er} octobre 1892.)

Sous le titre : *Double grossesse tubaire*, l'auteur donne une observation très circonstanciée de grossesse ectopique des deux trompes, avec figures.

Guérison.

L'auteur pense que ce cas est le premier qui a été rencontré.

OBSERVATION XI

(JOHNSON, *Boston médical*, 1894)

M^{me} H. . . 36 ans, trois fausses couches de deux mois à un an d'intervalle, la dernière il y a deux ans. Réglée à 16 ans, toujours régulièrement et pendant quinze jours.

Le 25 octobre, après être restée six semaines sans règles, légère perte, légères douleurs d'accouchement. Le 27, crise douloureuse qui la met au lit; douleur plus forte à droite et s'irradiant jusqu'au côté. Légère perte. Le 28, elle se lève, le 29, dernière crise qui la tient alitée jusqu'au 1^{er} novembre avec douleurs continuelles. Le 1^{er} novembre, crise et syncope, perte abondante avec sensation de compression du rectum. Elle garde le lit jusqu'au 16. A l'examen, utérus gros, endométrite chronique; petite masse à gauche, élastique; petite masse à droite.

Laparotomie : après curettage utérin, demi-pinte de sang fluide dans le péritoine; à droite, grossesse tubaire rompue, cause de l'hémorragie.

A gauche : grossesse tubaire dans le pavillon non rompue. Ablation, pas de drainage.

Guérison.

OBSERVATION XII

(DRANITZINE, St-Petersbourg 1894.)

Grossesse tubaire.

La malade a déjà été soignée, il y a dix-huit mois à la Maternité, pour une *grossesse tubaire gauche*, qui n'a pas nécessité l'intervention chirurgicale. Récemment elle est de nouveau entrée à l'hôpital, avec des métrorragies abondantes,

Laparotomie : Ablation de la *Trompe droite* remplie de caillots sanguins, on n'a pas trouvé d'embryon, mais les villosités choriales, étaient très nettes au microscope. Les annexes gauches étaient entourées de fausses membranes ; le pavillon de la trompe gauche, considérablement élargi, permettait l'introduction du doigt et contenait une masse du volume d'une grosse noix, formée au centre par un caillot et à la périphérie par des couches de tissu conjonctif, infiltré de sels calcaires. Confirmation du diagnostic de grossesse tubaire gauche posé il y a dix-huit mois.

OBSERVATION XIII

(Ross, *American journal of. obst. New-York*, février 1896.)

M^{me} X..., âgée de 24 ans, n'a pas eu d'enfants. Ses règles ont disparu depuis trois semaines. Le 20 mars 1891, elle devient malade et reste ainsi durant sept semaines.

Les règles qui avaient cessé, recommencent le 9 juin. Elle avait donc présenté des douleurs, comme si elle était devenue enceinte et on a pensé à une fausse couche.

Puis survient le collapsus et une hémorragie se déclare. On l'entoure de vêtements chauds et on la met au lit : l'hémorragie continue. Pas d'autres symptômes de grossesse. Le 30 juin, elle vient à l'hôpital. A l'examen : masse en avant et à droite de l'utérus.

Deux jours plus tard elle revient et on trouve que l'abdomen contient du liquide et du sang, grumelleux en apparence et qui devait être dans l'abdomen depuis plusieurs jours. Guérison.

Le 10 octobre 1895, le docteur Noble, me demande auprès de mon ancienne malade, que je trouve dans le collapsus avec les apparences d'une hémorragie interne, comme il est d'habitude dans ces cas. Etat syncopal. Douleur dans l'abdomen à la pression. La malade est anesthésiée. Des caillots de sang font issue dans le vagin par le toucher. On sent : une masse à gauche de l'utérus. Laparotomie : caillots et découverte d'une grossesse extra-utérine, avec la trompe gauche adhérente à l'ovaire ; on peut voir facilement le point de rupture,

OBSERVATION XIV.

(O. KOKMANN, *Cent. F. gyn.*, 9 octobre 1897.)

Cas de grossesse tubaire récidivée, avec une grossesse et un accouchement normaux, entre la première et la deuxième grossesse extra-utérines.

La femme, âgée de 31 ans, tuberculeuse, a eu en 1890, une première grossesse tubaire pour laquelle elle subit la laparotomie, avec ablation de la trompe gauche.

En 1895, grossesse normale, terminée par la naissance d'un enfant vivant et bien portant.

Dernières règles en juin 1897. Signes de grossesse extra-utérine ; au toucher et au palper combinés, on trouve l'utérus repoussé à gauche et en avant ; et à droite, une tumeur assez dure qui se prolonge en arrière. La laparotomie pratiquée une deuxième fois permet de reconnaître une grossesse tubaire droite ; la trompe droite fut enlevée.

La malade succomba le huitième jour par pneumonie et péritonite.

OBSERVATION XV

(Communiquée par M. le professeur agrégé R. CONDAMIN.)

RÉSUMÉ. — *Salpingite suppurée. — Ponction et débridement. — Guérison. — Grossesse extra-utérine. — Opération : guérison. — Nouvelle grossesse extra-utérine (hématocèle). — Nouvelle ponction et ablation de la trompe rompue par le vagin. — Guérison.*

Ch. M..., 21 ans, giletière, demeurant à Lyon, passage Saint-Pothin.

Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans et depuis assez régulièrement. A eu un accouchement à terme en 1893. A eu depuis une fausse couche et depuis, souffre du ventre. Premier séjour

à la Charité en mars 1894 où on lui pratique une ponction avec débridement par la méthode de Laroyenne, pour une salpingite supprimée. Pas d'incident.

Un mois après, la malade était remise et rentrait chez elle ; elle ne souffrait plus du tout.

Quelque temps après, sans suppression bien caractéristique des règles, la malade est assez subitement prise de douleurs vives ; elle est forcée de s'aliter : il y a un peu de tendance au collapsus. Transportée à l'hôpital, après quelques jours de repos, on incise sa collection hématique par le Douglas, on nettoie la cavité et l'on place une éponge volumineuse sur la brèche vaginale.

La tranche vaginale se déchire sur cette éponge et continue à saigner. Il fallut ajouter deux autres éponges.

Les suites furent normales et la malade sortit guérie.

En avril, ses règles manquent et la malade présente tous les symptômes d'un début de grossesse, qui ne l'étonne nullement. A la fin de mai elle est prise brusquement de douleur abdominale extrêmement vive avec tendance à la syncope et au collapsus. On l'apporte à la Charité à peu près mourante. Le poulx était insignifiant : on ne juge pas une intervention opportune à cause de l'état de faiblesse générale. Repos absolu. Glace sur le ventre qui est météorisé, potion stimulante.

Le lendemain et les jours suivants l'état général s'améliore. On constate une masse volumineuse occupant le cul-de-sac gauche et le cul-de-sac rétro-utérin. La tuméfaction remonte jusqu'à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

28 mai. Ponction et débridement par la méthode de Laroyenne. Il s'écoule une grande quantité de sang noirâtre avec des caillots.

M. Condamin, après la toilette de la cavité hématique avec l'éponge, fait l'exploration de la poche et réussit à amener dans le vagin une masse molle, adhérente aux parois latérales. On en fait l'excision après avoir placé une pince courbe sur le pédicule. On s'aperçoit alors manifestement qu'il s'agit d'un trompe rompue, présentant dans un point de sa cavité une petite masse granuleuse, ayant toutes les apparences d'un placenta.

L'état général de la malade resta assez précaire pendant quelques jours, puis elle reprit le dessus et rapidement la grande cavité hématique diminua de volume.

18 juin. La malade quitte le service ; elle ne souffre plus et marche sans peine.

25 juillet. La malade a repris son travail et sa vie habituelle qui paraît sujette à caution au point de vue des ménagements génitaux qu'on lui a recommandés.

OBSERVATION XVI

(Observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Auguste POLLOSSON.)

Le 19 octobre 1897, grossesse extra-utérine. Trompe gauche déchirée. Incision vaginale. Le 4 janvier 1898, deuxième grossesse extra-utérine et deuxième opération : la trompe et l'ovaire droits sont enlevés. — Guérison.

M^{me} M..., 27 ans, réglée à 18 ans, est mariée depuis dix mois. Ni fausses couches ni grossesse. Entre à l'hôpital le 29 septembre 1896 et se plaint d'avoir ressenti dans la nuit, des douleurs très aiguës, siégeant surtout dans l'hypogastre, avec irradiations lombaires et sur le trajet des sciatiques. Ces douleurs très intenses, sont continues. Pas de pertes.

L'examen local montre un utérus augmenté de volume, refoulé en avant et à droite et dans le cul-de-sac postérieur et un peu à gauche, une tuméfaction molle et douloureuse du volume d'une petite mandarine, mais qui augmente les jours suivants. La température se maintient à 38°.

Le 19 octobre, on fait une ponction et une incision vaginale dans le cul-de-sac postérieur, de la largeur de trois doigts. Il s'écoule du sang noir et de gros caillots moins noirs. On sent alors la trompe gauche déchirée dont la paroi interne est nettement lisse et qui renferme une masse de la grosseur d'un œuf, que, une fois décollée et enlevée, l'on reconnaît être une masse placentaire.

La malade est bien portante le 21 novembre 1896.

Le 21 décembre 1897, M^{me} M..., revient à l'hôpital. Elle n'a pas eu de règles depuis le 20 septembre, et depuis le commencement de décembre, elle perd du sang, mélangé d'eau, surtout

après les mictions, qui sont douloureuses. Elle accuse dans le bas-ventre, une douleur spontanée, exaspérée par la pression.

Au toucher, on sent une tuméfaction indurée dans le cul-de-sac vaginal droit et dans le cul-de-sac postérieur. Cette tuméfaction s'étend à gauche, mais notablement plus à droite, en refoulant l'utérus en haut et en avant.

Par le palper et le toucher combinés, on apprécie le volume de la tuméfaction qui est celui d'une petite tête fœtale et qui remonte par conséquent à deux doigts au-dessus de l'ombilic, mais dont le développement principal est du côté droit. Sa consistance est pâteuse, plutôt dure, non rénitente, donnant l'idée d'une hémato-cèle.

Le 4 janvier 1898, opération : Ponction avec le trocart de Laroyenne dans le cul-de-sac postérieur et large incision à droite sur le trocart. Il sort un liquide hématique, à peu près 50 grammes, sans caillots. La main introduite dans l'ouverture se rend compte de la cavité vidée, mais sent au-dessus une tumeur du volume du poing, d'où l'on retire de volumineux fragments de placenta, mais pas d'embryon. Comme il restait encore du placenta adhérent dans la trompe, on met deux pinces sur la poche salpingienne qu'on attire au dehors. L'ovaire suit et l'on fait l'ablation du tout.

La malade sort guérie le 23 janvier 1898.

CHAPITRE IV

L'histoire de la grossesse extra-utérine est de date relativement récente : il faut arriver jusqu'à LEVRET (1766) pour trouver une définition de la grossesse extra-utérine, dont il admet le développement possible dans la trompe, dans l'ovaire ou dans la cavité abdominale.

Laissant de côté toute considération théorique, après BAUDELLOCQUE, VELPEAU, CAZEAU, NÆGELÉ, STOLTZ, BERNUTZ et LAWSON-TAIT, sans prendre parti, nous admettrons que la grossesse tubaire ne fait de doute pour personne : elle est la plus fréquente des grossesses extra-utérines. Suivant que l'œuf occupera le canal de la trompe ou ses extrémités, il y aura variété tubaire, tubo-abdominale, ou tubo-ovarique interstitielle.

La grossesse péritonéale est de même admise par tous les auteurs.

La pathogénie des grossesses extra-utérines est encore complètement inconnue.

Il n'est pas possible à l'heure actuelle de dire d'une façon précise quelle est la condition dans laquelle un ovule est amené à se greffer dans la muqueuse tubaire au lieu d'évoluer jusqu'à l'utérus.

Dans le sujet qui nous occupe, c'est-à-dire, les grossesses tubaires à répétition, la connaissance des conditions étiologiques, acquerrait une importance véritablement grande. Si l'on connaissait la cause, on aurait non seulement la satisfaction d'expliquer une grossesse tubaire, mais encore la possibilité de prévoir une récursive.

On a cherché jusqu'à présent la cause des grossesses tubaires en considérant surtout les états pathologiques de la trompe : on a de la tendance à croire surtout que l'on est en présence de trompes malades qui permettent une grossesse anormale.

Les uns insistent davantage sur les coutures des trompes atteintes de salpingite ; les autres sur les adhérences inflammatoires des franges de la muqueuse, adhérences créant des nids ou des valvules, s'opposant à la migration de l'ovule jusqu'à la cavité utérine. D'autres enfin considèrent surtout les modifications pathologiques de l'épithélium tubaire sous l'influence du processus inflammatoire.

Ces conceptions sont toutes purement théoriques : M. Auguste POLLOSSON en considérant les cas de grossesse tubaire qu'il a observés arrive d'après des données

purement cliniques, à considérer comme non nécessaires les conditions que nous venons d'énumérer. D'après lui on rencontre, au contraire, souvent des grossesses tubaires chez des femmes qui n'ont aucun passé pathologique de leurs organes génitaux : on observe des grossesses tubaires chez des femmes qui n'ont eu aucune grossesse antérieure, et n'ont, par conséquent, pas dû être exposées à des inflammations puerpérales, et dans le passé desquelles on ne retrouve pas traces d'infection blennorrhagique.

On observe encore des grossesses tubaires chez des femmes qui ont eu une ou deux grossesses utérines normales et qui, dans la période écoulée entre leurs précédents accouchements et la grossesse ectopique, n'ont présenté cliniquement aucune affection génitale. On observe enfin des grossesses tubaires chez des femmes voisines de la ménopause, lesquelles femmes ont eu des grossesses très nombreuses sans être suivies de complications.

M. Auguste POLLOSSON ne prétend pas que les grossesses tubaires ne puissent pas s'observer chez des femmes qui ont eu un passé pathologique, mais il insiste sur ce fait qu'on peut les rencontrer chez des femmes cliniquement indemnes de toute affection utérine ou salpingienne.

Il faut bien remarquer, en outre, que les altérations pathologiques des trompes amènent le plus souvent non pas des grossesses anormales, mais la stérilité, soit qu'il s'agisse d'affections chroniques, laissant après elles des oblitérations complètes ou des oblitérations incomplètes, avec rétention temporaire des sécrétions tubaires, soit encore qu'il s'agisse d'affections aiguës,

telles que les altérations catarrhales de la blennorrhagie. Si l'on tient compte de ces stérilités, si aisément constituées par des lésions tubaires, on est bien au moins obligé de remarquer que les grossesses tubaires ne surviennent chez les femmes antérieurement malades qu'à une condition, c'est que leur affection soit depuis un certain temps cliniquement guérie. Ces cas, il est vrai, de grossesse tubaire, chez des femmes qui ont eu des trompes malades, permettent d'incriminer les conditions pathologiques que nous avons précédemment énumérées : mais nous insistons encore sur le fait que les grossesses extra-utérines s'observent fréquemment chez les femmes qui n'ont jamais eu d'affections des organes génitaux.

LAWSON-TAIT dans son *Traité des maladies des ovaires*, dit : « Le diagnostic de la grossesse extra-utérine à son début, est entouré de difficultés, et nous sommes rarement appelés à le faire, avant que presque tout espoir d'intervention heureuse soit presque perdu. Je fais allusion naturellement à la classe des cas que nous voyons au moment de la rupture de la trompe et qui sont généralement compris sous le titre d'hématocèle intra-péritonéale. »

La symptomatologie générale consiste dans : suppression des règles, accidents abdominaux, douleurs, troubles de la miction et de la défécation du deuxième au quatrième mois, hémorragies, ramollissement du col, etc., en somme, celle des fausses couches. On doit y ajouter la présence d'une tumeur qui peut quelquefois se contracter. (PINARD, In *Annales de Gynéc.*, août 1895.)

L'un des accidents les plus graves qui puissent survenir pendant le cours de la grossesse extra-utérine est sans contredit la rupture de la poche où est contenu le fœtus. La mort est parfois instantanée, mais souvent la marche des accidents n'est pas toujours aussi rapide : il peut y avoir des rechutes, des hémorragies successives, des péritonites consécutives.

Résumons en quelques lignes les diverses éventualités qui peuvent se produire par suite de la rupture d'une grossesse extra-utérine.

D'une part, c'est la mort, tantôt subite, ou très rapide par hémorragie interne ou par péritonite suraiguë ; tantôt lente, par suite de l'anémie profonde causée par des hémorragies successives ou par péritonite chronique.

D'autre part, la femme peut résister à l'ictus hémorragique et aux atteintes de la péritonite. Elle guérit de sa rupture, mais reste exposée, ou aux suites d'une hématocele qui peut heureusement se terminer par résorption, ou à tous les périls qu'entraîne la rétention du fœtus mort, ou enfin, le fœtus ayant survécu, aux conséquences d'une grossesse extra-utérine secondaire.

Il est en effet de toute évidence, qu'il n'est pas forcé que toute grossesse extra-utérine doive se terminer par un cataclysme, c'est-à-dire par une hémorragie souvent foudroyante, toujours extrêmement grave, comme le veulent les classiques. Nombre de ces hémorragies passent inaperçues et nous admettons avec M. le professeur agrégé CONDAMIN, que « les hémorragies, consécutives à des ruptures tubaires survenues dans les premiers mois s'arrêtent spontanément. »

L'intervention opératoire est contre-indiquée pendant la période cataclysmique, à moins qu'il ne s'agisse de rupture de grossesse extra-utérine, datant de plus de quatre mois, ce qui est exceptionnel.

Etant donné que nous voulons attirer l'attention surtout sur les grossesses extra-utérines à répétition, constituées par les grossesses voisines du début, compliquées ou non d'hématocèle, il nous semble bon de dire quelques mots sur le traitement de ces formes.

Quand on a affaire à une hématocèle compliquant une grossesse tubaire d'un mois ou deux, c'est par la voie vaginale que l'on intervient. On peut se contenter d'inciser par le cul-de-sac postérieur la collection; on évacue le sang et les caillots, et l'on maintient béant l'orifice de l'incision. Dans ces cas on ne cherche pas à aborder la trompe qui est le siège de la grossesse et de la rupture.

Dans d'autres cas on fait une intervention plus complète par l'incision vaginale. Après l'ablation des caillots, on cherche et on saisit la trompe malade et on l'excise après avoir placé une ligature ou une pince à demeure sur le pédicule de cette trompe. Cette intervention est évidemment plus complète et par conséquent plus satisfaisante. On ne laisse pas le corps du délit et l'on peut penser que l'on évite par la suite des complications inflammatoires qui peuvent naître autour de ce corps étranger.

Mais l'ablation de la trompe aggrave certainement un peu l'intervention : le plus souvent, la poche d'hématocèle est fermée par en haut par des adhérences molles et faibles, que l'on désire respecter. En attirant

la trompe et en la décortiquant, on déchire en général une portion du plafond d'adhérences et l'on pénètre par un point dans la cavité péritonéale; dès lors, des complications septiques peuvent prendre une importance d'autant plus grande qu'on ne peut pas laver la cavité, ainsi ouverte dans le grand péritoine.

M. Auguste POLLOSSON suit habituellement une conduite intermédiaire entre les deux dernières que nous venons de signaler. Après avoir largement ouvert le cul-de-sac postérieur et évacué l'hématocèle, il cherche au moyen des doigts introduits par l'incision, la tuméfaction, qui est en général du volume d'un petit œuf. La face inférieure de cette trompe est déchirée avec un doigt ou bien si l'on perçoit la déchirure spontanée, cette déchirure est agrandie. On peut alors pénétrer dans cette trompe et extirper son contenu, qui est constitué par une formation placentaire, aisée à reconnaître, dissociée plus ou moins par les caillots. On fait ainsi une délivrance digitale « intratubaire », mais on laisse la trompe en place.

M. Auguste POLLOSSON pense qu'il est plus satisfaisant d'avoir débarrassé la malade de la production placentaire qui pouvait devenir ultérieurement une épine inflammatoire.

D'autre part, en laissant en place la trompe évacuée, on n'est pas obligé de rompre le plafond d'adhérences et la cavité opératoire reste bien cloisonnée du côté du péritoine, ce qui permet d'utiliser les lavages dans le cas où des phénomènes locaux infectieux surviendraient.

M. Auguste POLLOSSON qui a pratiqué très souvent

cette délivrance intra-tubaire, ne la considère pas comme plus grave qu'une simple ouverture du cul-de-sac postérieur.

Il nous reste à aborder une question plus générale et plus directement en rapport avec le sujet précis de notre thèse, c'est la question de savoir si la fréquence des hématoécèles à répétition est suffisante pour indiquer l'ablation des deux trompes dans le cas où l'une d'elles est le siège d'une grossesse ectopique.

Si nous nous basons sur le petit nombre d'observations que nous avons pu réunir, nous croyons qu'il faut conclure par la négative. Une grossesse extra-utérine étant donnée, la malade a évidemment peu de chances d'être victime d'une nouvelle affection semblable, et ce serait être trop audacieux que de lui proposer la castration bilatérale. Avec la trompe saine, la femme reste susceptible d'avoir ultérieurement des grossesses normales et l'on ne doit pas, sans des motifs plus graves, créer une stérilité.

D'ailleurs, le traitement des grossesses tubaires au début n'est pas d'une haute gravité, il vaut mieux être exposé à une intervention itérative que de supprimer de parti pris la possibilité de grossesses utérines.

On ne doit plus considérer la *mauvaise grossesse* toujours comme une tumeur maligne devant être extirpée comme telle ; dans le cas qui nous occupe, ce serait à la première rupture de grossesse extra-utérine, exiger l'ablation totale des annexes et nous avons cité des cas où des femmes, après une première hématoécèle et avant une seconde, ont mené à bien une ou plusieurs grossesses.

Nous résumerons ici le traitement de la grossesse extra-utérine :

A moins de cinq mois, évoluant normalement : laparotomie ou opération de Péan.

A moins de cinq mois, compliquée : laparotomie, incision vaginale, selon le cas.

A plus de cinq mois : avec fœtus vivant : laparotomie : d'après Paul Segond, « on ne doit, en règle générale, attendre que si l'on est en mesure de parer à tous périls. S'il faut agir : se contenter de l'extériorisation du kyste et abandonner l'expulsion du placenta à la nature ».

A plus de cinq mois :

1° *Avec une complication proprement dite* : laparotomie d'urgence (hémorragie par rupture).

2° *Avec mort récente du fœtus* : sauf urgence : extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste ;

3° *Avec fœtus mort depuis longtemps* : l'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de choix, dans la majorité des cas. L'extirpation partielle peut être faite ;

4° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal, toléré sans accidents ou suppuré* : en général c'est le kyste fœtal qui constitue tout le mal : trois cas :

a) *Kyste ayant les allures d'une tumeur annexielle relativement mobile* : mêmes indications que dans le cas de grossesse ectopique avec fœtus mort depuis longtemps.

b) *Le kyste s'offre de lui-même au bistouri*, soit par un plastron abdominal, soit en bombant dans un des culs-de-sac vaginaux.

c) *Le kyste s'est spontanément ouvert au niveau de l'abdomen, dans le vagin, dans le rectum ou dans la vessie.*

Dans les deux premiers cas, incision agrandissant la fistule préexistante. Laparotomie dans le troisième.

D'après P. SEGOND (Congrès de Marseille, août 1898).

CONCLUSIONS

I. — Il semble que l'on peut diviser en trois périodes l'histoire des grossesses extra-utérines répétées :

1^o *Période ancienne* : où l'on diagnostique la grossesse extra-utérine par le fœtus ou ses débris : les récidives existent, quelques-unes sont signalées, mais elles sont en petit nombre.

2^o *Période moderne* : commence avec Lawson-Tait et sa théorie sur les hématoécèles : les récidives énumérées sont plus fréquentes.

3^o *Période de perfectionnement actuelle* : le diagnostic s'est perfectionné et si les grossesses extra-utérines qui évoluent sont rares, les grossesses extra-utérines arrêtées dès le début sont nombreuses et les

récidives, dans les mêmes conditions (hématocèles à répétition) le deviennent aussi.

II. — L'Étiologie n'apprend rien : on observe des grossesses extra-utérines dans toutes les conditions, sans qu'il y ait forcément un passé génital :

Les grandes lignes du diagnostic sont :

1° Les signes des avortements au début.

2° La présence de tumeurs latérales.

III. — Selon l'évolution :

a) Arrêt et résorption.

b) Hémorragies intra-tubaires.

c) Hémorragies péritonéales abondantes ou faibles (hématocèles).

On pourra ne pas avoir à intervenir ou sinon l'on interviendra :

1° Soit par ouverture de l'hématocèle vaginale;

2° Soit par ouverture et ablation de la trompe;

3° Soit par ouverture et curettage de la trompe.

Le Président de la Thèse,

LAROYENNE.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- PONCET. — Thèse d'agrégation, Paris, 1878.
- J. BOUILLY. — *La Gynécologie*, Paris, 1898;
N° 1, du 15 février;
N° 2, du 15 avril.
- A. PINARD. — 1° *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine*, Paris, 1892;
2° *Archives de Gynécologie*, avril 1899 et juillet-août.
- PICQUE. — Rapport sur trois cas de grossesse extra-utérine communiqués par M. Potherat (*Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, Paris, 1896, tome XXII).
- STRAUCH. — *Annales d'obstétrique et de gynécologie*, septembre 1895.
- CESTAN. — Thèse, Paris, 1894.
- DEVALZ. — Thèse, Paris, 1858.
- MAYGRIER. — Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- HENNECARD. — Thèse, Paris, 1896-97.
- W. J. LUSK. — Discussion de la marche de la grossesse extra-utérine.
- PUECH. — *Gazette obstétricale*.
- MOREAU. — Thèse d'agrégation, 1853.
- LE DENTU. — 1891.

- MAURY. — 1884.
- PAQUY. — *Grossesse extra-utérine dans des trompes saines*, Thèse Paris, 1897.
- POZZI. — *Revue de gynécologie*, n° 2, mars-avril 1898.
- SMOLSKY. — *Archives d'obst. et de gyn.*, 1890. Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.
- LUGEOL. — *Archives d'obst. et de gyn.*, 1893.
- HALLIDAY-GROOM. — *Archives d'obst. et de gyn.*, 1895. Diagnostic d'après Orthmann.
- TAINTURIER. — *Étiologie des grossesses extra-utérines. Recherches expérimentales et essai critique*. Thèse Paris, 1895.
- BRUZZI. — *Migration externe de l'ovule*.
- GUBB. — Thèse Paris, 1892-93 : *le Placenta dans la grossesse extra-utérine et sa croissance après la mort du fœtus*.
- L. LANDAU. — *Tumeurs tubaires. — Formation des hématoécèles*.
- GALLARD. — Cité dans Thèse d'agrégation de Poncet.
- BOISLEUX. — *Diagnostic, traitement de la grossesse extra-utérine*, 1892.
- FOLLET. — *Grossesse extra-utérine gémellaire*.
- CAUCHOIS. — *Normandie médicale*.
- PAUL SEGOND. — Congrès d'obst. de gyn. et de pédiatrie, Marseille, 1898.
- BINAUD. — Thèse de Bordeaux, 1892.
- THÉVENARD. — Thèse de Paris, 1896.
- LEVRET. — *L'Art des accouchements*, 1766.
- BERNUTZ. — *Gazette obstétricale*, 20 janvier 1899.
- DEZEIMERIS. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, janvier 1837, tome IV.
- ROCQUET. — Thèse, Paris, 1891-92.
- FUNCK-BRENTANO. — *Grossesse utérine survenue après la grossesse extra-utérine*, Thèse, Paris, 1898.
- LEROY. — *Affections péri-utérines (Diagnostic)*, Thèse, Paris, 1898.
- ROSENTHAL. — *Suppuration et hématoécèles*, Thèse, Paris, 1896.
- CONDAMIN. — Lyon, septembre 1895.
- DUPOUY. — *Pathogénie des hémorragies para-utérines sous-péritonéales*. Thèse. Paris 1896.
- LAWSON-TAIT. — *Brit. gyn. J^{al}*, Août 1888, mai 1898. — *Brit. med. J^{al}*, 28 janvier 1893.
- BUCKMASTER. — *Répertoire universel d'obst. et de gyn.* 1891, p. 476 : qualité de l'électrocution.
- EMMÉT. — *Répertoire universel d'obst. et de gyn.* p. 478. — *Réduction de la grossesse extra-utérine par l'électricité*.
- LOMER. — *Répertoire universel d'obst. et de gyn.*, p. 523. — *Injectons de morphine*.

- VEIT. — Berlin. — *In Zeitschrift. Geb. v. gyn.* Bd XVII., p. 335.
- SIEGENBECK-VON-HEUKELAM. — *Cas de grossesse tubaire double.*
- OLSHAUSEN. — *Deutsch medical Wochenschrift*, n° 8, tome I.
- WINCKEL. — *In thèse de Rocquet.* (Paris, 1891-92.)
- *Lehrbuch d. geb.*, Leipzig, 1879.
- KOKMANN. — *Cent. F. gynec.*, 9 octobre 97.
- WEBSTER. — Classification des grossesses extra-utérines, *American Journal of obstetrics.* 1894.
- JOHNSTON. — Diagnostic, pronostic, traitement de la grossesse extra-utérine; *Répertoire univ. d'Obst. et de Gyn.* 1892.
- A. MARTIN (de Berlin). — *Répertoire univ. d'Obst. et de Gyn.* 1892, p. 389. Etiologie, diagnostic, pronostic de la grossesse extra-utérine.
- LAWSON-TAIT. — *Répertoire univ. d'Obst. et de Gyn.* 1892, p. 419. Discussion de la grossesse ovarique.
- SMYLY. — *Répertoire univ. d'Obst. et de Gyn.*, p. 382, 1891. Diagnostic de la grossesse tubaire.
- SZUMANN. — *Répertoire univ. d'Obst. et de Gyn.* 1892. p. 420. Indications opératoires. Traitement.
- BROTHERS. — *Répertoire univ. d'Obst. et de Gyn.*, 1892, p. 429. Traitement par l'électricité de la grossesse extra-utérine (50 cas).
- W. TAYLOR. — Traitement par l'électricité de la grossesse extra-utérine (50 cas), p. 335 — 1892.
- MAC LEAN. — Traitement par l'électricité de la grossesse extra-utérine, p. 428 — 1891.
- MAYO ROBSON. — *Brit. med. J^{al}*, 26 mars 1892.
- LAWSON-TAIT. — *Brit. med. J^{al}*, 28 janvier 1893, 16 août 1884.
- KLETSCH. — *Américan J^{al} of obstetrics.*
- ZEITSCHRIFT. — *F. geb. und gyn.*
- FROMMEL. — *Deutsch med. Wochenschrift.*
- LINGER. — *Répertoire univ. d'obst. et de gyn.*, p. 557.
- CHARLES (de Liège). — *Répertoire univ. d'obst. et de gyn.*, p. 159.
- ROSS. — *Américan J^{al} of obstetric.*, février 1896.
- REIN. — *Zeitschrift für geb. und gyn.* (Bd XVI, 1809).
- ELLIOT. — *Boston médical*, 15 mars 1894.
- MURET. — *Revue médicale de la Suisse romande*, XIV, n° 3, p. 200, mars 1894.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — Introduction.	3
CHAPITRE II	9
CHAPITRE III.	15
CHAPITRE IV.	31
CONCLUSIONS	41
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	43
